In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Erysipèle

1) Définition

- L'érysipèle est une dermo-hypodermite infectieuse aigue non nécrosante
- souvent d'origine streptococcique
- généralement bénigne

2) Epidémiologie :

- Age : 60 ans en moyenne (adulte > 40 ans ++) Rare chez l'enfant
- Sexe : sexe ratio = 1
- Incidence : augmente de façon sporadique

3) Physiopathologie

A- Germes en cause :

- SBHA : Streptocoque B hémolytique du groupe A ++++
- Staphylocoque doré ++

B- Portes d'entrée cutanées : toute effraction cutanée :

- Membres inferieures : plaies, ulcères veineux
- Visage : lésions excoriées (nez ou oreille)

C- Facteurs favorisants :

1. Insuffisance veineuse
2. Immunodépression
3. Œdème des membres
4. Alcoolisme, diabète
5. AINS –> complications

4) **Clinique :** TDD : érysipèle de jambe

- Terrain : femme, troubles circulatoires
- Incubation : quelques jours

1. **Début :** brutal : T° (40°C), malaise général
2. **Phase d'état : Tableau** de grosse jambe rouge aigue fébrile
   1. Placard Inflammatoire:
      - Erythemato-oedemateux, chaud
      - Bien limité = circonscrit
      - Bourrelet périphérique : rare
   2. Peau tendue, fine, luisante
   3. Douleur : pulsatile, spontanée ou provoquée
   4. Parfois : Bulles sur le placard ou Lésions purpuriques
   5. Signes associés :
      - ADP satellite fréquente
      - Trainées de lymphangite
   6. Porte d'entrée locorégionale fréquente

5) Formes cliniques :

A- Formes cliniques symptomatiques :

1. Formes bulleuses
2. Formes pustuleuses
3. Formes purpuriques
4. Formes abcédées (staph)

B- Formes topographiques :

1- Erysipèle de la face :

Début :

- Brutal, après une plaie
- Douleur locale
- SG ++, ADP

Etat : placard inflammatoire

- œdémateux ++
- Bourrelet périphérique
- Unilatéral

2-Autres formes topographique :

- Pieds, cuisses
- Membres sup, tronc
- OGE + périnée –> gangrène de Fournier

C- Formes cliniques évolutives :

Formes subaigües :

- Fièvre et hyperleucocytose modérées ou absentes
- Régression sous ATB

Formes récidivantes :

6) Diagnostic positif

A- Clinique : +++

1. Début brutal
2. Douleur + SG
3. Plaque érythémateuse œdémateuse chaude
4. Rechercher porte d'entrée

B- Paraclinique : pas systématique

1- Hyperleucocytose à PNN (> 7000)

2- VS augmentée

3- CRP + (> 150mg/l)

4- Prélèvement bactériens et hémoculture, rarement rentables

5-ASLO –> diagnostic rétrospectif

6- Pas d'écho-doppler systématique

C-Autres :

❖ Si doute diagnostic ou formes graves

- Prélèvements :
  - Ponction aspiration profonde des lésions
  - Biopsie cutanée sur plaque
- Examen :
  - Culture classique
  - Technique d'IF –> MEE du germe

7) Diagnostic différentiel

A- Erysipèle de la jambe

Thrombophlébite	Syndrome des loges	Panniculite inflammatoire
▪ Œdème du mollet ▪ Douleur profonde ▪ Homans + ▪ Mollet cyanotique ▪ Pouls distaux abolis	▪ Ischémie musculaire ▪ compression par plâtre trop serré	▪ Nodules hypodermiques ▪ Placard rougeâtres ▪ Chaleur locale

B- Erysipèle de la face

Staphylococcie maligne de la face	– Placard medio facial – Infiltré, douloureux – Sans bourrelet périphérique – Œdème des paupières – Porte d'entrée : furoncle trituré
Eczéma aigu du visage	– Erythème œdémateux – Prurit+++ – Vésicules ++ – Pas d'ADP
Zona ophtalmique	– Douleur lancinante unilat – Eruption érythemato-vésiculeuse en bouquet –> érosions – Signes oculaires +++
Cellulite faciale à Heamophilus influenzae	– Placard inflammatoire – Souvent bleu violacé – Rechercher : Atteinte ophtalmologique, ethmoidite, méningite – Diagnostic aisé : hémoculture +

8) Evolution – complications

A- Sous TRT :

- Apyrexie rapide
- Signes locaux disparaissent en quelques jours

B- Complication locales :

Fasciite nécrosante Urgence medico- chir	▪ Diffusion du germe en profondeur –>fascias ▪ SG +++, choc septique ▪ placard violacé cartonné ▪ Hypoesthésie ▪ Phlyctène hémorragiques ▪ Nécrose extensive ▪ Cause : AINS +++
Lymphangite :	▪ Cordon rouge chaud, le long d'un membre ▪ fièvre ▪ ADP en aval

C- Complications générales :

- Décompensation d'une tare
- Choc septique

D- Complications tardives :

1- Récidives +++
2- Eléphantiasis : (lymphœdème) : non prescription de contention lors de l'épisode aigu
3- GNA : Exceptionnelle

9) TRT :

1. Hospitalisation
2. repos + rechercher et traiter la porte d'entrée
3. Péni G en IM jusqu'à apyrexie (4-6 perfusions)
4. Relai per os Amoxicilline 3g/j 3prises pdt 20j
5. TRT anticoagulant et bas de contention préventif d'une TVP
6. Contre indication des AINS –> risque de faciite nécrosante
7. Si FDR avec récidives multiples : ATB thérapie préventive